

国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		伊						
世帯主	住所	京都府与謝郡伊根町字					番地	
	氏名	◎		生年月日	年 月 日		男・女	
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		男・女	
	世帯主との続柄							
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている者				発行年月日		令和 年 月 日		
				長期該当年月日		令和 年 月 日		
生活療養を受けた保険医療機関等				名 称				
				所在地				
入院期間(日数)				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間		
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)						円		
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由								

令和 年 月 日

備考 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記載すること。